Comisión Especial sobre adicciones, consecuencias e impacto en la sociedad uruguaya
S/C

Versión Taquigráfica N° 192 de 2010

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE)

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 12 de agosto de 2010

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Sebastián Sabini (ad hoc).

MIEMBROS: Señores Representantes Gerardo Amarilla, José Bayardi, Carlos Coitiño, Pablo Iturralde Viñas, Felipe Michelini, José Luis Núñez, Jorge Orrico, Daniel Radío, Richard Sander y Daisy Tourné.

DELEGADO DE SECTOR: Señor Representante Víctor Semproni.

CONCURREN: Señores Representantes Walter De León y Berta Sanseverino

INVITADOS: Doctora Graciela González, Directora de Unidades Especializadas Técnicas; Gabriela Izaguirre, Adjunta a la Dirección; doctor Juan Triaca, Director Técnico del Portal Amarillo; licenciado Miguel Silva, Supervisor del Equipo Técnico del Portal Amarillo, y Aníbal Trillo, Adjunto al Programa de Especializados.

SEÑOR PROSECRETARIO.- Correspondería elegir Presidente de la Comisión.

SEÑOR RADÍO.- Propongo que continúe ejerciendo la Presidencia ad hoc el señor Diputado Sabini.

SEÑOR PROSECRETARIO.- Se va a votar.

(Se vota)

—— Unanimidad.

SEÑOR PRESIDENTE (Sabini)(ad hoc).- Habiendo número, está abierta la reunión.

(Es la hora 14 y 13)

—— La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación del Directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado integrada por la doctora Graciela González, la señora Gabriela Izaguirre, el doctor Juan Triaca, el licenciado Miguel Silva y el señor Aníbal Trillo.

Como ustedes saben, esta es una Comisión Especial creada por el Parlamento, cuyo objetivo es elaborar un informe sobre el impacto de las adicciones en nuestra sociedad y las posibles medidas de carácter legislativo o no que puedan adoptarse. En este contexto, estamos realizando una serie de entrevistas, primero con los actores públicos y luego con los de la sociedad civil. Tenemos un cronograma bastante extenso que hemos desarrollado con todos los señores legisladores. Ya ha estado presente la Junta Nacional de Drogas, el Ministerio de Salud Pública, y nos parecía necesario también tener una entrevista con ASSE a efectos de brindarnos información acerca de los programas que están desarrollando en la actualidad y los planes a futuro. Por supuesto, sería bueno contar con vuestra visión acerca de posibles medidas o qué caminos deberíamos transitar en este sentido.

SEÑORA GONZÁLEZ.- He sido delegada por el Directorio, dado que soy la Directora del Programa de Unidades Especializadas; aclaro que hace un mes que tomamos posesión del cargo. La Dirección tiene a su cargo varias unidades ejecutoras, entre ellas, el equipo de salud mental. Este equipo cuenta con una Dirección y con distintas unidades ejecutoras puesto que la salud mental es un programa transversal, que involucra a toda la sociedad; además, aclaro que está en el primero, en el segundo y en el tercer nivel. Esto quiere decir que está en todos lados y en todas partes.

Dentro de la unidad ejecutora de este equipo de salud mental, tenemos el Hospital Vilardebó, como el centro de agudos para Montevideo y toda la zona metropolitana, y las colonias que han estado en el tapete en estos días. Allí se atiende a los pacientes crónicos. También hay equipos de salud mental que están en el primer nivel en todo el país aunque hay más en el interior que en Montevideo y están vinculados con los centros que poseen en algunos lugares salas especiales y en otros camas en salas generales.

Por otro lado, hay otra unidad ejecutora muy importante que es el Portal Amarillo y que por ley se encarga de las adicciones.

Quise detallar esto para demostrar que todo está muy enrabado. En este momento vengo del Hospital Vilardebó porque tiene que trabajar con el Portal. Estamos tratando de hacer enlaces para que todo esté vinculado. Esa dinámica, esa estructura, que va y viene, creo que es lo que está haciendo que se tenga una concepción totalmente distinta sobre la salud mental a la que se tenía años atrás.

En el último quinquenio se puso en marcha todo esto; ahora, seguramente deberán mejorarse algunas cosas pero, sin duda, por ese ida y vuelta se están viendo resultados muy importantes para hablar sobre ello vamos a darle la palabra a los que saben del tema con respecto a las adicciones, como los egresos del Hospital Vilardebó o de las personas que se rehabilitan, lo cual no existía.

La Directora del Portal Amarillo está en el exterior y por esa razón nosotros invitamos al Director Técnico de dicha institución, que es el doctor Juan Triaca, para que plantee cómo se está trabajando, y al licenciado Silva, que nos aportará los datos. Por supuesto, si quieren información más general, con gusto podemos aportarla.

SEÑOR TRIACA.- En primer lugar, quisiera agradecer la invitación a esta Comisión.

Soy Director Técnico del Centro de Referencia Nacional de la Red de Drogas, que es más conocido como Portal Amarillo, pero quería hacer referencia al título para enfatizar lo relativo a la Referencia Nacional y a la Red de Drogas. Nosotros, en el proyecto fundacional del Portal, como subtítulo pusimos: "Un Nodo de la Red", y queremos plantearlo y enfatizarlo aquí porque conceptualmente nos parece muy importante debido al trabajo en red frente a estas nuevas problemáticas, enormemente complejas, como son las adicciones. Esta concepción la tratamos de desarrollar, no solo hacia la interna del Portal, mediante la interdisciplina, sino también hacia fuera, manteniendo contactos permanentes como decía la doctora González con toda la red asistencial pública, porque es la que estamos insertos. Nos abocamos, fundamentalmente, a la salud mental, porque es en donde ubicamos esencialmente esta problemática de las adiciones. Asimismo, nos vinculamos

con toda la red asistencial de primer nivel, ya sea RAP-ASSE, MIDES y las policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo, con los que desde el año 2005, antes de abrir las puertas del Portal que fue en mayo de 2006 hemos venido trabajando, llevando adelante coordinaciones permanentes para tratar de desarrollar distintas actividades, tanto de prevención como de asistencia en los distintos niveles.

SEÑOR SILVA.- Soy psicólogo social clínico, y el rol que me tocó en suerte llevar adelante en el proyecto del Portal Amarillo, cargo por el que concursé en el año 2004, es de supervisor del equipo técnico. Quiero aclarar que hay dos titulares en relación con la función, ya que es relativamente nueva, y creo que en el organigrama de ASSE todavía no existe. Mi cargo es de doce horas semanales y mis responsabilidades, básicamente, tienen que ver con el trabajo del equipo. Una de mis funciones sería la de guardián de la interdisciplina. Nosotros consideramos que la interdisciplina, para el abordaje de problemáticas hipercomplejas como es el consumo hoy; ese es el mundo que nos tocó en suerte, requiere, ineludiblemente, un abordaje interdisciplinario para no caer en peligrosos reduccionismos.

Otra de mis funciones, por integrar la Dirección Técnica del Portal, es el diseño, implementación y renovación permanente lo que hago junto a los Directores Técnicos, de distintos dispositivos asistenciales y preventivos como centro de referencia nacional de la red.

Por último, como un gran titular, otra de las funciones que me compete es la de una especie de trabajo de meteorólogo interno de la institución. Debo ocuparme de la detección de climas saludables o insalubres de trabajo y tratar de promover que se generen instancias de intercambio que mantengan un buen clima a fin de dar una buena oferta asistencial a los usuarios. Lo que nosotros ofrecemos son vínculos confiables con instituciones confiables y con equipos confiables como antídoto frente al tipo de vínculos predominante en los usuarios que nos consultan. Esa confiabilidad solamente la podemos ofrecer, y prolongarla en el tiempo, si del otro lado del mostrador, en el equipo, se genera un clima donde, básicamente, campee la confianza. Realmente, trabajamos con problemáticas muy complejas, muchas veces en la frontera entre la vida y la muerte, por lo que consideramos que ese trabajo interno es esencial.

Tenemos la inquietud de plantear también no solo lo que hacemos, sino cómo pensamos y cuáles son nuestros objetivos estratégicos con relación al abordaje clínico de los consumos problemáticos.

Por supuesto, estoy a la orden para contestar las preguntas que deseen formular.

SEÑOR ORRICO.- En primer lugar, como corresponde, agradezco que la delegación esté aquí. Esta es una Comisión que tiene por objeto el estudio de las adicciones a los efectos de tener los insumos necesarios para hacer un informe a la Cámara que integramos sobre en qué está el Uruguay en esta materia. Ese es el fundamento de lo que estamos haciendo.

A continuación, iré directamente a las preguntas. Sobre las adicciones, hay dos grandes tipos tal vez sea por mi deformación como abogado que hablaré así: legales e ilegales. Naturalmente, esa es una clasificación que hacen los hombres. Me parece que el organismo no debe tener muy claro este tipo de divisiones y, por eso, nos complican más las legales que las ilegales; tampoco parece que los medios de comunicación tuvieran claro esto. De todos modos, es objetivo que si estoy vendiendo cocaína, voy preso; en cambio, si estoy vendiendo alcohol, no voy preso. Eso es objetivo; de manera que la división existe, aunque sea artificialmente creada por un ser humano. Me gustaría saber por qué camino andamos en el tratamiento de esos dos casos, desde dos puntos de vista que creo que es lo que corresponde: desde la prevención me parece que, frecuentemente, tiramos el tiro errado, porque actuamos después de que el individuo ya cayó en determinado conducta y ya tenemos un problema, es decir, qué se puede hacer y qué se está haciendo para evitar que el individuo caiga en el problema naturalmente, cero problema no existe, y desde lo que ocurre luego de que se atraviesa ese umbral y nos encontramos con un señor que consume y está complicado no sé si es correcto científicamente decirlo así, para él y para los que lo rodean. ¿Qué alternativas tenemos?

Ahora, todo esto se inscribe en un marco legal. Yo no les estoy pidiendo por favor, que no se me entienda mal que se definan sobre si es necesario liberar drogas o no; no me voy a referir a eso. Cuando digo "marco legal", me refiero a otra cosa: a si consideran que el marco jurídico en el que se mueven dicho en el sentido más amplio de la expresión; vale decir, no solo lo que puedan ser las leyes dictadas por el Parlamento, sino toda la estructura jurídica, que abarca resoluciones, decretos y demás es el correcto. Deseo saber si piensan

que habría que modificar el marco legal e inventar algo o si, en realidad, el tema es, sobre todo, de gestión. Naturalmente, tienen la libertad de referirse a elementos presupuestales, pero no es a eso a lo que me refiero. Concretamente, quiero saber si para su gestión consideran que el marco jurídico que tienen es el adecuado o piensan que debería haber cambios.

SEÑOR DE LEÓN.- Mis preguntas apuntaban en la misma dirección que las que formuló el señor Diputado Orrico, pero también quiero saber si actualmente es una pregunta más práctica, teniendo en cuenta el enfoque multidisciplinario y el control de daños, ASSE es capaz de enfrentar la demanda en todo el territorio nacional, no solo con relación a una consulta o a un evento de atención secundaria o terciaria; muchas veces, en estos pacientes se busca atender el control de daños, por lo que se requiere un proceso de acompañamiento. Deseo saber si realmente funcionan los equipos en todo el Uruguay o si esto es una estructura administrativa; concretamente, quiero saber si, en los hechos, la gente más vulnerable de nuestro país, que tiene problemas familiares o padece este tipo de adicciones, puede ser acompañada y asistida en el sistema público. No pregunto sobre el sector privado, porque la responsabilidad es del Ministerio de Salud Pública, más que de ASSE.

SEÑORA TOURNÉ.- Desde la primera intervención por lo menos, para mí me quedaron claros algunos conceptos, que me parecen básicos en lo que hace al abordaje de esta Comisión, que tiene que dar un estado de situación y hacer un informe sobre este tema en nuestro país y su impacto en la sociedad.

Desde el arranque, la doctora Graciela González nos hablaba de esta nueva óptica con la que se trabaja la salud mental, en transversalidad y con ese movimiento dialéctico entre los distintos niveles y las diferentes instituciones.

Creo que también fue un buen aporte por lo menos, para mí lo que decía el doctor Juan Triaca cuando especificaba el nombre del Portal y hacía referencia a ese trabajo que se pretende hacer en red, tomando al Portal como un nodo de esa red. Esa es una definición, también, de cómo se trabaja en la materia en el país.

Asimismo, en la intervención que realizó el licenciado Miguel Silva habló de la complejidad de este tema, y me parece que eso debe quedar muy claro en esta Comisión, porque de aquí va a emanar un informe que, a mi entender, no debe tener una visión peligrosamente reduccionista, como decía él. A eso apunta la pregunta que voy a formular, que abro para que me la responda quien desee.

Me resulta sustantivo para ilustrar a esta Comisión saber, precisamente, cuál es la concepción desde la que se trabaja; ya se habló algo al respecto: de equipo, de multidisciplinariedad. Me parece que es muy importante para nosotros, como Diputados, para ilustrarnos en este tema en el que suele haber propuestas que reducen la cuestión a mi entender, ver cuál es la concepción que hay detrás de esta propuesta, cómo entiende este nodo, el Portal Amarillo o diría más, el Ministerio de Salud Pública que ha salido a hacer declaraciones muy claras al respecto, que es la mejor forma de abordar el complejo problema de las adicciones, de todas ellas.

Evidentemente, aquí hay una preocupación bastante marcada por el consumo problemático de drogas, ya sea pasta base, cocaína, marihuana, pastillas, aunque el consumo mayor es el de alcohol. Entonces, siento la necesidad me parece que es un debate central de saber cuál es la óptica, cuál es la concepción, cómo debemos manejarnos para abarcar, precisamente, la enorme complejidad que el tema de las adicciones tiene, sin caer en los peligrosos reduccionismos, que son una tentación en este tema, para encontrar una salida fácil.

SEÑOR AMARILLA.- Es un gusto recibir a esta delegación de ASSE. Les agradecemos por participar de esta instancia, por contribuir, por enriquecernos y por permitirnos conocer su punto de vista sobre este tema que, como bien decían otros señores legisladores, es muy complejo. Además, consideramos que está teniendo un impacto trascendente en la sociedad uruguaya, motivo por el cual debemos abordar el problema y sus consecuencias con la prudencia y la seriedad que se merecen.

Voy a hacer algunas preguntas.

La semana pasada nos visitaron autoridades del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, nos enteramos por la prensa de la nueva resolución que exige al sistema mutual por lo menos así fue publicado en la prensa

atender todo lo relativo a la desintoxicación. Quisiéramos saber si esta comunicación llegó a ASSE como prestador de servicios de salud y cuál es la exigencia del Ministerio Salud Pública en esta materia.

Con respecto al Portal Amarillo, quiero decir que conocemos las gráficas porque cuando compareció la Junta Nacional de Drogas nos ilustró sobre el crecimiento exponencial que este problema ha tenido en los últimos años. Sin embargo, las capacidades del Estado, en particular, de ASSE, han permanecido estables, no han crecido; aparentemente, no se ha acompañado el crecimiento de la demanda. En virtud de que se está analizando el Presupuesto Nacional y de que, supongo, la dependencia habrá hecho sus números y elevado su propuesta a la Secretaría de Estado, quisiera saber cuál es la proyección de ampliación de los servicios, de crecimiento para el próximo quinquenio.

SEÑOR SANDER.- Doy la bienvenida a las autoridades que nos acompañan para seguir aclarándonos el panorama en este tema que sensibiliza a todo el Uruguay. Además, nadie está libre de este flagelo.

ASSE tiene a su cargo los hospitales del interior. Sabemos que en el de Rivera hay un ala específica que atiende a quienes padecen alguna enfermedad mental.

SEÑORA GONZÁLEZ.- Sí, la llaman "el manicomio judicial".

SEÑOR SANDER.- Exactamente.

Según me han informado, a los adictos más complicados se los trata de desintoxicar en esa ala de Salud Pública, que es bastante complicada; de alguna manera, es como una cárcel.

También tengo entendido que había un proyecto para ampliar ese lugar. Precisamente, hablábamos con la gente que integra la Junta Local de Drogas que el problema es que en Rivera ya no queda lugar. Supongo que debe pasar lo mismo en todo el país. El otro día analizábamos esta problemática con los integrantes de la Junta Nacional de Drogas y nos planteaban que la cantidad de camas que tienen en todo el país no son suficientes. Este es un problema que con poco dinero se podría arreglar. Además, en el caso de Rivera la situación sería más sencilla porque si ya existe un proyecto, posiblemente tenga un presupuesto asignado; tal vez no se hizo, pero los rubros presupuestales existen.

Entonces, quisiera saber si ASSE tiene la intención de generar, junto con la comunidad, alguna otra opción en este sentido. Este tema ya se lo planteé a la Junta Nacional de Drogas. Si no recuerdo mal, hay un centro de referencia en Instrucciones y Camino Mendoza, que se utilizaría para Montevideo. Nosotros planteamos dividir al país en cuatro o cinco zonas y generar centros de referencia para la desintoxicación. Uno de ellos podría estar en Rivera o en Tacuarembó. En Artigas ya hay uno, que fue creado con fondos de la Intendencia Departamental, pero solo tiene dieciséis camas.

Por lo tanto, quisiéramos saber si existen fondos presupuestales para ampliar esa ala y dotarla de mejores condiciones que las que hoy tiene porque, en definitiva, las personas que allí acuden son adictas y no presos. También preguntamos si hay alguna propuesta para continuar con esa política en el resto del país.

SEÑOR MICHELINI.- Agradezco la presencia de la delegación de Administración de Seguros de Salud del Estado en la Comisión Especial sobre Adicciones, Consecuencias e Impacto en la Sociedad Uruguaya. Les pido disculpas por no haber podido escuchar su presentación inicial; oportunamente leeré la versión taquigráfica.

Voy a formular algunas preguntas concretas.

En primer lugar, quisiera saber si pueden estimar la capacidad que tiene ASSE para atender a las personas que necesitan un tratamiento por su condición de adictos crónicos. Me refiero a aquellas personas que tengan una adicción crónica no importa si es legal o ilegal, si es socialmente aceptable o inaceptable y que voluntariamente recurran a los servicios públicos para tratarse.

También me gustaría saber en cuánto estiman sería necesario aumentar esa capacidad a los efectos de atender a esa población. Digo esto más allá de la prevención que este tipo de fenómenos sociales necesita, que no

solo es competencia de ASSE, porque hay un sinfín de medidas a adoptar. Tal vez esta Comisión pueda ayudar a construir una política de Estado a la hora de entablar la lucha para reducir este tipo de enfermedades o de adicciones.

La tercer pregunta es si han estimado cuánto sale por día o por mes la atención en condiciones de internación de un paciente crónico de esas características. Me refiero no solo a los costos que implica el personal de salud necesario para brindar atención sino también a los equipos de asistentes sociales, psicólogos, etcétera y, por supuesto, a la hotelería.

SEÑOR RADÍO.- Agradezco la presencia de la delegación que nos acompaña.

A mí me pasa algo extraño cuando escucho hablar de este tema; aclaro que no solo me ha sucedido en esta oportunidad, sino que también me ha pasado con anteriores delegaciones. En general, tengo un nivel de empatía muy grande con el abordaje conceptual que se hace de la problemática pero, después, en algún momento, se hace un clic, y me desengancho.

Estoy absolutamente de acuerdo con lo que se dijo respecto a la necesidad de un abordaje interdisciplinario. Las cuestiones complejas requieren de abordajes complejos. Es más: requieren de la intersectorialidad. La prevención de adicciones ya no, de consumo de sustancias es una cuestión muy inespecífica. En realidad, se trata de prevención inespecífica, que tiene más que ver con la promoción de salud que con la prevención de adicciones, que tiene que ver con la calidad de vida y con la construcción de espacios socialmente valiosos. Estos temas no se los podemos cargar a ASSE; ni siquiera al Ministerio de Salud Pública. Por eso, es algo intersectorial.

Además, soy escéptico con eso de "curar" entre comillas a la sociedad de estas cosas. Siempre hubo consumo de sustancias y lo va a seguir habiendo si Dios quiere y la Virgen santísima, y creo que adicciones también. Lo que pasa es que estamos en una sociedad particularmente generadora de vínculos tóxicos y eso lleva a que ahora se incremente.

En esta cuestión de la prevención, al igual que en otras cuestiones filosóficas de las que uno habla habitualmente, hay un eje en el que uno puede oscilar, de más presencia de Estado o de más presencia de mercado. Cuando el Estado no entra adecuadamente, el mercado funciona fluidamente. Yo, que estoy alejado de ser oficialista, creo que el Estado no entra adecuadamente. Estoy convencido de que las políticas sociales de este país son rengas y que tienen un componente asistencial muy grande y uno promocional muy chico; entonces, no funcionan. Además, pienso que es iatrogénico; no solo no favorece la resolución de estos problemas sino que, al contrario, los agrava. Políticas sociales con un componente asistencial grande y con escaso componente promocional son iatrogénicas, hacen daño a la sociedad y contribuyen a la exacerbación de estas patologías sociales.

Ahora bien, me gustaba la pregunta que hacía el señor Diputado Orrico en cuanto a que si lo que tenemos es un problema de marco jurídico o de gestión. Ustedes definirán desde su perspectiva cómo es que lo ven. Pero sí creo que queda clarísimo que tenemos problemas de gestión.

Siempre el énfasis está puesto en el trabajo en red, que implica la coordinación y la articulación de diversos estamentos. Yo estoy de acuerdo con esto, que se incorporó en el último Período de Gobierno, pero el problema es cuando se transforma en un culto a la coordinación y a la articulación porque, en realidad, hay que coordinar y articular estamentos que funcionen adecuadamente. Si esto no ocurre, uno coordina chatarra y la cosa no anda. Aclaro, antes de seguir adelante, que pienso que hay unas cuantas cosas que no son chatarra.

Lo que quiero decir es que hay unas cuantas cosas de los estamentos que tienen que ser coordinadas que luego le quitan valor a la coordinación.

Al principio, escuchaba sobre todas las Unidades Ejecutoras que tiene ASSE con respecto a salud mental. Me consta que la premisa es la intencionalidad positiva y que hay un abordaje conceptual que, desde mi humilde óptica, es adecuado. Pero, en particular, me parece que hay una insuficiencia, por ejemplo, en la existencia de disposiciones. Yo no sé si fortalecer la red pasa o no porque haya más camas o más internación. Eso es algo que tienen que definir los técnicos. Tal vez es así y nosotros debamos analizar presupuestalmente qué

inversiones hay que hacer. Pero sí creo que faltan dispositivos intermedios. De otra forma, esto se transforma en un peloteo entre el Portal Amarillo hasta donde sé, desde la casi ignorancia, me parece una experiencia muy buena y los centros de salud.

Soy muy crítico en cuanto al funcionamiento de los equipos de salud, sobre todo en el primer nivel de atención. Digo que funcionan con la cultura vieja del empleo público, dando horas para la semana que viene y sin atender si no se lleva un pase. Eso lo viví, no hace cinco años, sino algunos meses atrás. O sea: tengo un diagnóstico que implicaría una estrategia. Entonces, lo que quiero saber es si hay una estrategia en términos de fortalecer la red. Comparto que lo que hay que hacer es un trabajo de fortalecer la red. En ese sentido, tenemos mucho que aprender del narcotráfico.

Teniendo en cuenta esas cosas que pasan en cada barrio de Montevideo o en cada localidad, pienso que quienes ejercen responsabilidades de conducción en los centros de salud de primer nivel deben conocer el abordaje conceptual que se tiene centralmente y luego compartirlo. A su vez, es necesario que existan más dispositivos intermedios. Estoy pensando en centros diurnos o en la experiencia muy rica de los acompañantes terapéuticos, que tiene dos limitantes muy importantes: lo restringido desde el punto de vista territorial y, fundamentalmente, lo acotado en el tiempo. Me parece que esto pudo haber sido iatrogénico. ¡Ojalá que no!, pero durante tres o cuatro meses uno tiene un acompañamiento y luego se interrumpe.

Si tuviéramos capacidad para penar en dispositivos de ese tipo para toda la ciudad ¡ojalá fuera para todo el país!, sostenidos en el tiempo, bien financiados, con gente bien recuperada por supuesto que no desconozco las limitaciones que tenemos y que sean abarcativos de toda la realidad nacional, me parece que podríamos aproximar un poco más ese abordaje conceptual, que comparto, a una práctica más saludable.

SEÑOR ORRICO.- Yo hablé de gestión y de ley. Pero también quiero decir que en el concepto de gestión incluyo hasta dónde la ciencia, en su estadio actual, puede llegar. Me parece que el voluntarismo está presente y se puede reflejar en el siguiente ejemplo: "Señora, este paciente tiene cáncer terminal". "Doctor, ¡haga algo!" Somos seres humanos y tenemos limitaciones. Yo creí entender que en esta materia, si bien la humanidad ha avanzado mucho, no estamos en la etapa en que diagnosticamos, hacemos un tratamiento y tenemos un 97% de probabilidades de salvar la situación. Yo he entendido eso.

Me gustaría que nuestros amables visitantes me ilustraran un poco más sobre esto. Propongo lo siguiente: hagamos un ejercicio mental mínimo. Supongamos que tenemos toda la infraestructura y todo el presupuesto. Ahora, aplicamos los conocimientos que hoy tenemos. ¿Hasta dónde llegamos? Me parece que hay mucha demagogia detrás de esto en el sentido de prometer porque, de pronto, no se puede cumplir lo que se promete porque el estadio actual de la ciencia no es el adecuado como para decir: "Bueno, yo resuelvo". Y no sé si alguna vez se llegará a eso.

Es un poco complejo; se trata de algo más que hablar solamente de gestión. Gestión es poner todos los instrumentos disponibles al alcance de un operador o de un conjunto de operadores.

Yo digo: a partir de esa situación ideal, si la tuviéramos, ¿qué lograríamos?

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer una precisión. En realidad, ese anuncio se hizo aquí en la Comisión la semana pasada de parte del Subsecretario.

SEÑOR AMARILLA.- No estando nosotros, ¿no?

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, dijo que a partir de enero del año que viene se iba a trabajar con las mutualistas para que brindaran atención no solo a la hora de la desintoxicación.

SEÑOR AMARILLA.- Sí, como política, pero, según entendí yo, no como si hubiera una resolución ya pronta.

SEÑOR PRESIDENTE.- Simplemente quería hacer esta precisión.

Quería hacer la siguiente pregunta. ¿Cuáles piensan que son las principales debilidades que tiene el sistema de protección de ASSE para atender esta problemática, no solo enfocada a las adicciones o drogas legales, sino también a las ilegales? Y aclara que en la expresión "adicciones legales" incluyo a la ludopatía y a la informática. Es verdad que esta Comisión tiene que informar sobre drogas ilícitas, pero nuestra sociedad tiene un problema grave con las adicciones en general.

Por tanto, me gustaría saber cuáles creen ustedes que son las debilidades del sistema de ASSE para enfrentar las adicciones en general.

SEÑORA SANSEVERINO.- Muchas gracias por haber concurrido; conozco a muchos de los que nos acompañan en el día de hoy.

¡Vaya si en el tema adicciones, estando en el MIDES, particularmente en el Programa de Apoyo Psicosocial a Personas en Situación de Calle, hemos tenido que trabajar con la Junta y con el Portal Amarillo, haciendo talleres y formando a los equipos sociales, que realmente han hecho un trabajo muy intenso!

Me da la impresión de que va a ser un poco difícil para nuestros visitantes responder a todas las preguntas formuladas, porque hay distintos niveles, que van de lo más general a lo más particular y, en algunos casos, desde antes de que hicieran las presentaciones de algunas cuestiones, fortalezas y dilemas que tienen para abordar este tema.

Coincido con la señora Diputada Tourné. Creo que tenemos que avanzar en esa conceptualización de lo que es un servicio cuando se encuentra con el adicto. Me parece que no se le puede pedir al propio servicio que se adelante a otras etapas que ese joven o esa niña fue desarrollando antes y termina llegando a la puerta exigiendo tratamientos de alta complejidad.

A mí lo que me parece importante es saber cuál es el horizonte de población que atienden, si en estos años han avanzado las redes familiares y de organizaciones sociales especializadas en el tema, es decir, cuántos recursos la comunidad va generando, qué papel tiene el sistema educativo y con quiénes sienten que pueden apoyarse para una política de esta naturaleza. ¿Qué rol han jugado las familias? ¿Han estado siempre ausentes? ¿Hay podido acompañar una parte de estos procesos y después los tuvieron que abandonar? Las asociaciones vecinales ¿pueden estar presentes o no? ¿No hay actores de la comunidad? Eso es muy importante.

El otro día estuve en la presentación del libro "Rostros que se hacen humo", sobre lo cual hice mención en la media hora previa de la sesión de Cámara. Inclusive solicité el envío de la versión taquigráfica a esta Comisión. Se trata de un testimonio que nos permite ubicarnos en ese personaje al que le queremos ofrecer este servicio. Tiene un alto nivel de complejidad, de debilidades, de cruces, encuentros y desencuentros, que hace que no se pueda abordar una ayuda con políticas tan reduccionistas y tan exitosas como el proceso de abstinencia, de encierro, después la salida, la comunidad, su entorno y su vida. El relato de Martín y Joaquín me hizo acordar a todos los muchachos que tenemos en los programas de situación de calle. Inclusive, para conocer el nivel de éxito. Esa pregunta probablemente no se pueda contestar hoy, pero me gustaría dejarla planteada.

En una oportunidad hicimos un seminario sobre drogas en la Junta Departamental al que concurrieron técnicos alemanes; ellos analizaron una a una las distintas comunidades terapéuticas y evaluaron en porcentajes los éxitos que diez años después se tenían de esas intensas terapias que se ponían al servicio del adicto. Los resultados no eran los que se habían vendido como muy exitosos.

Por eso me parece que cuanto más temas pongamos sobre la mesa creo que no los vamos a agotar hoy más cerca estaremos de dar realmente a la sociedad un informe veraz, serio, que nos permita a todos entender el tema y ayudar de la mejor manera.

SEÑORA GONZÁLEZ.- Las inquietudes planteadas van desde lo jurídico hasta los proyectos planteados. A fin de organizarnos, sugiero que mis compañeros planteen su experiencia, cuáles son las debilidades y fortalezas, para después comentar lo relativo al manicomio de Rivera. Creo que lo mejor es hablar de lo conceptual y quizás después podamos llegar a algunas otras conclusiones.

Hay cosas que se contestan muy fáciles. Por ejemplo, con respecto al manicomio judicial de Rivera, la plata está. ¿Qué pasó? Que en el proyecto se olvidaron de los baños. La plata estaba, pero hubo que dejar el proyecto a un lado porque no tenía baños. Por eso recién ahora ingresó el proyecto de Rivera.

SEÑOR TRIACA.- Quiero agradecer las preguntas y en muchos casos los aportes. Verdaderamente facilitan el abordaje del tema, pero a su vez también lo complejizan porque son preguntas y aportes incisivos y profundos, lo que está bueno porque es una problemática compleja y no se puede evaluar con ligereza.

Debo decir que la interdisciplina a la que aludía el señor Diputado Orrico la constituimos los hombres, y nos cuesta mucho. Cuando se logra, el éxito es muy alto. El tema es que a veces logramos constituirla para un caso y capaz que con esto vuelvo al concepto de la red y la transversalidad, tratando no una persona o una droga, sino una situación: una familia y una comunidad. Cuando se logra el involucramiento interdisciplinario e intersectorial, el éxito es casi seguro. Lo que ocurre es que quizás lo logramos en un momento y en otro nos ponemos el balde como se dice en lo futbolístico y no lo logramos porque estamos más preocupados por ver qué es lo que hace mejor el de al lado o por qué me peleó.

El compañero Silva lo sabe muy bien, porque como muy bien decía en la presentación, su gran labor en la interna del equipo del Portal Amarillo es estar atento permanentemente a estas cosas, que son de todos los días.

Coincido con que faltan muchísimas cosas, inclusive, dispositivos intermedios. Es algo necesario y está por hacerse.

Existe una serie de proyectos, que están armados, que se están tratando de desarrollar, que, repito, no son suficientes. Por ejemplo, hay dos o tres centros de escucha, que están funcionando, que apuntan al involucramiento de la comunidad en esos lugares. Se trata de centros de escucha, de información, muchas veces, coordinados por los propios vecinos, con el acompañamiento y asesoramiento de algún técnico, pero no son centros terapéuticos. Otro día podemos discutir que podrían tener efectos terapéuticos, pero me parece que ese es otro capítulo.

Se ha planteado es lo que falta, y por eso digo que coincido la creación de centros zonales que pudieran tener una serie de actividades, de talleres, coordinados por educadores, asistentes sociales, operadores, etcétera, que pudieran funcionar como referencia zonal y "polea de distribución" para los distintos niveles asistenciales de la red de salud, en este caso, de ASSE. Hay proyectos planteados, escritos que con mucho gusto podemos enviar a la Comisión, y lo que falta es desarrollarlos. Creo que esa una gran "pata".

En cuanto a la red yo decía en la presentación que ubico esto como problemática de salud mental fundamentalmente, está en marcha en este momento un trabajo con los equipos de salud mental. Ya hemos trabajado digo ya, porque Miguel Silva y quien habla estamos con ese proyecto para que específicamente se aborde, a través de dispositivos grupales, esta problemática en los equipos de salud mental. Ya se trabajó con cinco equipos de Montevideo; la idea es trabajar y alcanzar a todos los equipos y del interior. Es decir: el proyecto ya está planteado y presupuestado para que pueda llegar a los cuarenta y cinco equipos de salud mental de todo el país.

Entonces, con los dispositivos grupales funcionando en estos equipos, más el equipo de salud mental todos involucrados en el abordaje de esta problemática, junto con la posibilidad de lograr lo que falta, es decir, desarrollar los centros de amparo, con los centros de escucha, con la intersectorialidad de toda la otra red porque también se ha capacitado desde la Junta y, fundamentalmente, desde Portal Amarillo, con el Ministerio de Desarrollo Social, sobre todo, con la Intendencia Municipal de Montevideo y con toda la RAP de primer nivel, estamos desarrollando la red.

Creo que hay efectores en la red; tal vez falte "enredarlos" un poco más, en el buen sentido, porque si no, me parece que se nos filtran una serie de cuestiones vinculadas con la problemática.

Estamos bastante convencidos de que el abordaje es mucho más necesario, efectivo y fundamental, cuanto más próximo a la comunidad esté. Uno diría que lo peor que se podría hacer es traer a alguien de Rivera o de Artigas para tratarlo en El Portal Amarillo en Montevideo; creo que eso sería malo, porque no estaríamos

ayudando. Lo mejor es analizar la realidad de Rivera, qué pasa en Rivera, qué pasa con la problemática en Rivera en Artigas, etcétera, qué dispositivos existen ahí, cómo se podrían mejorar, cuál es la situación personal y familiar de ese sujeto en situación, para tratar de generar los recursos terapéuticos en situación.

Digo esto porque la cuestión de los estudios, nacionales y, sobre todo, internacionales, en relación con los resultados de las comunidades terapéuticas, no son buenos, y el dispositivo es muy costoso, porque implica sacar a la persona, meterla en una burbuja y después devolverla. Pero ¿cómo? Si no trabajé con la comunidad, lo devuelvo a algo peor de donde estaba, porque encima el sujeto se desinsertó. Con esto no quiero decir que los tratamientos en comunidad terapéutica o en centros de internación prolongada no sirvan; tienen que existir, porque hay diferentes situaciones, pero con el trabajo en red, con el afuera permanentemente.

(Intervención de la señora Representante Tourné)

—— A veces, este tipo de dispositivos lamentablemente, lo vemos a diario en El Portal Amarillo son muy funcionales a lo que ha pasado siempre en ese núcleo familiar social, que es no hacerse cargo de la situación. Entonces, como decimos habitualmente, es como un "¡Tuya, Héctor!"; vienen con el bolso y lo dejan en la puerta del Portal Amarillo, y ni siquiera alguien de la familia espera para hablar con algún técnico. Es muy difícil convocar a la familia, por supuesto, para que vaya, pero mucho más para que se involucre en el tratamiento, y este es otro concepto a destacar, por cuanto el abordaje es combinado siempre, y solo siempre. Es la situación, la familia y la comunidad.

SEÑOR SILVA.- Simplemente, quiero aportar alguna noción más de las que nos valemos periódicamente como herramientas fundamentales para el abordaje clínico de estos asuntos.

El señor Diputado Orrico preguntaba en qué momento científico estamos, con qué herramientas contamos y su validez. El señor Diputado Michelini habló de adictos crónicos.

En este punto, voy a hacer una aseveración fuerte, de la que personalmente me hago cargo. Una de mis supersticiones favoritas en estos temas es que estamos, no ante una enfermedad crónica, sino básicamente "cronificada" por diagnósticos y tratamientos "cronificantes", que es bien distinto. Un antídoto contra la cronificación, que parte del reduccionismo, de un abordaje reduccionista, es, precisamente, la interdisciplina, y voy a tratar de fundamentar este concepto.

Para no caer en pesadas jergas disciplinarias y no aburrir más de lo estrictamente necesario, voy a tomar una imagen como metáfora, que creo que es una de las mejores metáforas para pensar y operar con la condición humana y con la complejidad de la condición humana, porque ese es el material con el que trabajamos. Somos actores sociales; a veces, nos olvidamos de eso. Nos olvidamos de que la noción de persona viene del teatro griego y quiere decir "máscara", que era la que se ponía un actor en Grecia para hacer oír su voz. Muchas veces, en salud, en todo el sistema sanitario, y, particularmente, en salud mental, cometemos un gravísimo error, con las mejores intenciones, de tratar de diagnosticar, pensar y abordar las problemáticas de los actores sociales con enfoques que yo llamo "individualizantes" y no individuales, esto es, pensando solo en el registro del actor, desconociendo el guión y el escenario en el que se desarrolla ese guión.

Yo siempre digo que para nosotros la interdisciplina no es una opción epistemológica, es decir, no lo hacemos porque queda bonito decir "trabajamos en un equipo interdisciplinario", sino que realmente es un imperativo ético para no caer en estos peligrosos reduccionismos, de abordar y diagnosticar a un actor social sin tener en cuenta el guión en el que se desarrolla la obra, y tenemos muchos guiones en el Uruguay actual que son escenarios absolutamente "invivibles".

El señor Diputado evocó una noción, que para nosotros es clave, en la que venimos pensando y desarrollándola hace por lo menos veinte años en este país. Por eso, me alegró mucho de que la haya traído la noción de vínculo tóxico. "No se puede pensar con la ventana abierta", me decía un amigo.

El objetivo de nuestro trabajo no son las sustancias. Aun venenos sociales como la pasta base, en realidad, ocultan verdaderos problemas que nos muestran. Los verdaderos problemas tienen que ver con el tipo de vínculo que una persona desarrolla. Y los vínculos no lo digo para nada en un sentido simbólico, metafórico; lo digo en un sentido literal y hasta biológico son lo más psicoactivo que hemos generado los seres humanos,

para bien o para mal. Y con alguna sustancia o con cualquier otra cosa, porque las ofertas de alienación hoy para generar vínculos adictivos son de lo más variadas y siempre se van renovando.

Hoy se pueden establecer vínculos adictivos, muy complicados, hasta con internet. Hay clínicas de desintoxicación a internet, con una ideología, con una teoría. Me voy a referir, como ejemplo, a las ludopatías. Cuando un ludópata está en éxtasis pasional frente a la maquinita o a la ruleta, se activan las mismas rutas neuronales y los mismos neurotrasmisores que cuando un adicto jala cocaína o cuando un alcohólico toma su dosis.

Esto que estamos haciendo que es nada más ni nada menos que vincularnos, activa un montón de mecanismos neurobiológicos por el simple truco humano y solo humano es un truco de magia mayor que es la capacidad de trasmitir ideas a distancia, articuladas son sistemas simbólicos, como es el lenguaje. Esto de los vínculos atraviesa todo, inclusive, los consumos como decía el señor Diputado Orrico legales o ilegales.

Por eso para nosotros es una noción tan importante porque es una noción transdisciplinaria. Ninguna disciplina puede plantar bandera en el vínculo y decir "yo soy vinculólogo". Cuando nos vinculamos lo hacemos, obviamente, con nuestra estructura biológica; se pone en juego toda nuestra biología, pero también todo nuestro psiquismo, y también en un vínculo está absolutamente formateado por encuadres sociales y todas las instituciones que no están afuera: uno las tiene en la cabeza. Desde esas instituciones uno lee la realidad social que lo circunda, es decir, todos los teatros y guiones que tenemos incorporados. De acuerdo a eso, yo me vinculo.

Insisto: hay muchos uruguayos que habitan ciertos guiones y ciertos escenarios en los que el consumo de sustancias ni siquiera es vivido como problema. Son escenarios tan invivibles que en ellos las drogas se toman como la solución a problemas de la vida mucho mayores y cotidianos.

Otra cosa que enfatizamos muchísimo y que obliga a la interdisciplina es que el diseño de cualquier dispositivo de atención en el tema de los consumos problemáticos tiene que incluir por lo menos tres niveles diagnósticos simultáneos. Ellos son: primero, en la escala de la persona y del individuo, pero sin caer en diagnósticos individualizantes, ver qué funciones y qué beneficios secundarios empieza a cumplir la sustancia en la historia de esa persona. Este es un registro fundamental, diagnóstico y operativo, pero absolutamente insuficiente, y tenemos que incorporar, como decía el doctor Triaca, otra escala de análisis, también fundamental: qué funciones y qué beneficios secundarios empieza a generar el consumo de la persona en sus grupos, en la intersubjetividad, en los guiones que habita y en su familia de origen.

Inclusive, nosotros hablamos de otra noción que es el síndrome de abstinencia familiar, aunque esto parezca medio loco. Cuando logramos, a través de maniobras terapéuticas, descentrar al adicto del rol importantísimo que cumple en el escenario familiar, inmediatamente se genera una especie de síndrome de abstinencia masivo en el grupo. Cuando logramos que el adicto empiece a salir de ese lugar, que es absolutamente invivible, es muy común que otros integrantes de la familia se descompensen, que aparezcan otras patologías vedadas, como se dice, los muertos en el ropero.

Esta otra escala es esencial, como la primera, pero también insuficiente, porque también hay que analizar el escenario, no solo la persona y el guión. Hay que pensar qué beneficios secundarios y qué funciones cumple la droga en su medio circundante, en su entorno social, en su comunidad.

Voy a describir simplemente un escenario que para nosotros es una especie de máquina permanente de producción de vínculos adictivos y, obviamente, ASSE no quiere quedarse sola con los productos de esa máquina; quiere denunciar el funcionamiento de esa máquina, y ahí van a tener que aparecer otros actores sociales, hasta el Ministro de Economía y Finanzas.

Tal como lo concebimos, estas son cosas que trascienden estrictamente el espacio de la salud porque tienen que ver con problemáticas sociales muy complejas. Voy a poner un ejemplo extremo, como un asentamiento de 250 o 300 personas en el que hay ocho o diez bocas operando. Tomando una imagen muy certera que traía el Diputado, obviamente, ahí el mercado le ganó al ganó al Estado por goleada, porque opera de forma muy eficiente. Son lugares donde hay problemáticas extremadamente complejas y donde habría que generar dispositivos estatales alternativos para obtener escenarios más vivibles para esa gente. Ustedes imagínense esas ocho o diez bocas, cuántas bocas alimentan y cuántos beneficios secundarios generan en el entorno social.

Muchas veces, vemos que vecinos indignados por el consumo de fulanito o menganito cuando les robó la casa, son vecinos que en las ferias vecinales transan objetos producto de todas las microredes, porque organizan redes. ¡Vaya si el narcotráfico sabe operar en red y generar nodos muy eficientes de beneficios secundarios por el consumo de algunos gurises que se están literalmente suicidando en pequeñas cuotas!

Quería hacer este aporte, rozando algunas preguntas, que, por supuesto, no pretendo contestar por su complejidad y su riqueza; es un pantallazo general de por dónde queremos rumbear en nuestras estrategias, y las herramientas fundamentales que pretendemos utilizar.

SEÑOR TRIACA.- Me parece que hubo preguntas y comentarios con relación a lo que hay, a lo que puede estar faltando, a las debilidades. Yo hablé del Portal y me gustaría detenerme algo en relación a su funcionamiento.

Asimismo, quisiera mencionar otros dos centros que tienen que ver con ASSE, a través de Convenio I, que están en el interior. Uno es "El Jagüel" en Maldonado. Hemos tenido mucho contacto con las personas que trabajan allí, han venido mucho al Portal y, más allá de la formación, se han llevado el modelo del Portal y han instaurado algo muy similar en el sentido del trabajo en red con las policlínicas periféricas de Maldonado fundamentalmente, y un centro geográficamente instalado con determinadas plazas de internación.

Algo similar, bien interesante, es el proyecto "Casa Abierta", en la ciudad de Artigas, que está iniciándose y que a partir del año que viene va a ser tomado por ASSE. Hay conversaciones en este sentido también con relación a algún centro hacia el este, hacia Canelones, en lo que se está avanzando. Queda mucho por hacer.

Insisto en que la concepción de "Casa Abierta" está buena en lo relativo a red, porque ya es una centralidad, en este caso en Artigas, pero que involucra a cuatro o cinco departamentos más del norte. Entonces, son los equipos y las realidades trabajando cada uno en su hospital, en su equipo de salud mental, en su equipo de periferia, en su departamento y, frente a algunas situaciones muy específicas, de repente, es bueno hacer una internación en "Casa Abierta", cuando hay algún tipo de riesgo biopsicosocial; luego, la persona vuelve a su medio. Con esto pretendo ilustrar sobre algunas cosas que se han hecho.

Hay algo que no se mencionó, pero que quisiera traer aquí; inclusive, creo que hay algún proyecto que está presentado. Yo pongo el tema de lo asistencial agudo como debilidad. ¿Qué pasa cuando hay un cuadro de descompensación, una situación de demanda de asistencia aguda, otra vez, con algún tipo de riesgo biopsicosocial que, en general, van combinados? ¿A dónde ir? La puerta del Vilardebó es estigmatizante con relación a la psicosis en estos chicos en los que la locura está expresada de otra forma. En las puertas de otros hospitales también hay problemas, porque de repente, tengo a una señora de sesenta años con una crisis asmática, y a este chico adicto en el box de al lado. Ahí hay una cuestión de roces y de incompatibilidad, que es problemático. |

| Me parece que hay debilidades en el desarrollo locativo y, sobre todo, en los equipos de abordaje de estas situaciones de emergencia; se viene trabajando en ello. La excepción es el Hospital Maciel porque tiene relación con el equipo de fármaco dependencia, que funciona en la policlínica.

También quiero comentar que el crecimiento va por el lado del fortalecimiento del trabajo interinstitucional. Eso va en el camino de lo preventivo, cuando se puede hacer y llegamos a tiempo, y de lo asistencial, cuando no llegamos a tiempo con lo preventivo; tiene mejores efectos terapéuticos y termina siendo mucho más barato que una cama aguda o crónica, cuando es necesario.

En esto se ha venido trabajando. Durante todos los años en los que hemos estado funcionando, por el Portal han pasado diversos actores sociales de Montevideo y del interior que se han capacitado. Nosotros hemos tenido contacto con ellos. Algunas semillas se llevan para su lugar y generan alguna modificación en algunos de los equipos en que están insertos. Si bien nosotros mantenemos el mismo número de camas que cuando abrimos, a través de un convenio entre ASSE e INAU habrá quince camas más. Todo lo que tiene que ver con el equipo y lo edilicio está pronto; en breve comenzará a funcionar. Esto nos va a permitir una separación etárea, porque se atenderá a chicos de entre quince y dieciocho años. Es decir que hay un crecimiento planteado, aunque las veinte camas iniciales siguen siendo las mismas.

Sí hemos crecido mucho en el nivel asistencial ambulatorio y en el Hospital de día. En eso seguimos teniendo capacidad de absorber situaciones, porque el tope es mucho más flexible; los números de las situaciones clínicas abordadas que figuran en un informe que dejaremos a la Comisión hablan de ello. Esto aumentaría más si se siguiera replicando este modelo en la periferia.

SEÑOR RADÍO.- ¿Hay planes en cuanto a los acompañantes terapéuticos?

SEÑOR TRIACA.- Lamentablemente, el proyecto estuvo acotado en el tiempo. Fue muy rico en cuanto a ayudar a pensar más que en lo operativo que se hizo. En el Portal, durante 2007, 2008 y 2009, mediante un convenio con la Facultad de Psicología, los estudiantes del último año iban a hacer acompañamientos terapéuticos; era algo más de capacitación. Estos muchachos y muchachas se iban a recibir de psicólogos en unos meses y se diseminarían por la red con esta impronta conceptual. Consideramos que es una herramienta sumamente valiosa; coincidimos con el señor Diputado.

SEÑOR SILVA.- Quisiera enfatizar en otras dos herramientas esenciales que contribuirían muchísimo al fortalecimiento de la red. Me refiero a que en muchos equipos de salud, sobre todo de salud mental, hay cierta dificultad en el abordaje de situaciones tan complejas como los consumos problemáticos y hasta cierto efecto fóbico. Algunos compañeros, con las mejores intenciones, tienen un cierto rechazo porque carecen de instrumentos formativos. El fortalecimiento de la Red pasa esencialmente por la capacitación en la complejidad, en la necesidad del abordaje interdisciplinario y de equipo, en el abordaje grupal, otra herramienta clave. Por eso, hay que fortalecer la perspectiva de trabajo grupal.

La propuesta del Portal es básicamente grupalista. ¿Por qué planteamos esto? Como nuestro objetivo de análisis y de intervención fundamental es el tipo de vínculo que establece la persona con la sustancia, aun con sustancias muy embromadas, potencialmente peligrosas en el estamento biológico, como el alcohol o la paste base, y yendo a otros contextos, vemos que se genera este tipo de vínculos totalmente distintos a los que vemos con la paste base, yendo a los contextos de exclusión. Por ejemplo, en Chile, donde llegó diez años antes que acá, hay consumidores de pasta base de fines de semana de larga data o consumidores que mantienen su inserción en el sistema educativo y en el sistema laboral. Pero yendo al teatro macabro de un asentamiento y los guiones que viven cotidianamente esos uruguayos, es juntar el fulminante con la pólvora.

Esto pasa con todas las sustancias. El alcohol, esa droga dura, como se decía en otros tiempos y vaya si lo es desde el punto de vista biológico y de sus potencialidades adictivas, es de las pocas que genera un síndrome de abstinencia que puede matar a la persona. Hay gente que establece un vínculo muy sano con el alcohol y lo usa socialmente. ¿Quién puede decir que se es un alcohólico o que se está en riesgo de serlo si toma una copa de vino con amigos para intensificar un encuentro? Sin embargo, con esa misma sustancia, un alcohólico tiene un vínculo totalmente distinto. Ese vínculo con esa sustancia es un indicador, un analizador fundamental, de lo que nosotros intentamos pesquisar y donde están los verdaderos problemas que son sus vínculos primarios.

Para que una persona establezca ese tipo de vínculo con una sustancia, antes tuvo que tener vínculos muy complicados con otras personas en sus escenarios de origen, en sus grupos primarios, en su entorno inmediato. Nosotros invertimos una fórmula que es muy común en muchos abordajes institucionales. Se parte del supuesto imaginario de que una persona, para arreglar toda su vida, tiene que dejar de consumir. Nosotros pensamos que es exactamente al revés: para poder dejar de consumir o tener un consumo no adictivo, no alienante, hay que tener matrices vinculares menos tóxicas.

Hay que reformular los vínculos de esa persona con la vida en su entorno social, en las distintas instituciones que habita el sujeto. Muchas veces, esto se cronifica. No es que sea un problema tan complejo, sino que está mal planteado. Partimos de premisas falsas, partimos de premisas y de diagnósticos extremadamente individualistas. Los factores etiológicos, causales y fundamentales quedan fuera. Esto es lo que pasa en las propuestas de internación centradas solamente en la cama. Hay un imaginario que cree que la cama va a resolver problemáticas sociales, grupales, institucionales y, sobre todo, vinculares, por arte de magia. Todas las instituciones que parten de esta premisa, aun las mejor intencionadas, que gastan enormes cantidades de recursos, adolecen de lo que nosotros llamamos "efecto burbuja". Se genera una burbuja en la que el sujeto funciona genial, al poco tiempo se olvida de la sustancia, pero vuelve a su teatro de origen, al guión original, y otra vez, a la sustancia. Insisto en la importancia de lo grupal, de los acompañantes terapéuticos. Nosotros

partimos de la base de que no hay terapéutica más eficaz en estos casos que un buen acompañamiento de un sujeto en el tránsito de cambio de vínculos.

Por último, creemos que el referente fundamental que falta en el sistema de salud, sobre todo en salud mental, es la capacitación de terapeutas familiares especializados en drogas. Es un área de especialización formativa, de posgrado, en la que el Estado tendrá que invertir recursos, porque un terapeuta familiar especializado en droga o en psicosis no se arma en dos días, sino que lleva un mínimo de dos o tres años. Se requiere una formación teórico-técnica, con práctica clínica. Sabemos que hay ciertos riesgos en esto, porque a veces el Estado invierte muchísimo dinero en formación, pero luego no puede retener esos recursos que recibieron la capacitación. Recuerdo, por ejemplo, el caso de los pilotos de helicópteros. Creo que al Estado le cuesta alrededor de US$ 150.000 la formación de un buen piloto de helicóptero, pero luego se le paga un sueldo de $ 14.000, por lo que se va a hacer taxi aéreo a San Pablo por US$ 3.000 a la semana. De manera que no se debería capacitar recursos que luego la red no pueda contener; serían recursos catalizadores fundamentales en la cultura de trabajo de equipo y de grupo, por ejemplo, en los distintos equipos de salud mental. Hablamos de formar terapeutas familiares, acompañantes terapéuticos, y de hablar un lenguaje común, de compartir un mismo ECRO término que a la señora Diputada Tourné le va a gustar, que no quiere decir hacer todos lo mismo, sino usar un lenguaje común que nos permita administrar respetuosamente las diferencias. Y se deben sumar herramientas, es decir, cada equipo debe aportar lo suyo al abordaje de una problemática que es hipercompleja y en la cual todas las herramientas son válidas, pero si hablamos un lenguaje común, para no caer en el viejo chacrismo uruguayo.

SEÑORA GONZÁLEZ.- Me parece que de lo expuesto tan brillantemente por gente que sabe de esto, aparece claro que ASSE no puede estar sola en este tema de la salud mental. Y no quiero hablar de otra cuestión que también está bajo mi jurisdicción, que es la que refiere a las personas privadas de libertad. Esto es un compromiso de todos los uruguayos. Nosotros no podemos hacer nada si el MIDES no nos apoya en determinada situación, o el INAU en la otra, o el Ministerio del Interior, o los distintos integrantes del equipo. Creo que ASSE es una de las piezas. No sé cuál será el marco legal para este asunto; desconozco absolutamente todo.

Aquí se insiste en la palabra "camas". ¿Alcanzan las camas? ASSE acaba de prorrogar el convenio con Izcali y allí tenemos cincuenta camas. Pero si ustedes miran la información que les dejamos verán que el número total de consultas en estos años de funcionamiento del Portal es de 45.596. Sin embargo, el total de pacientes internados en este tiempo es 899. ¿Por qué sucede esto? La red es fundamental, pero me parece que nos tienen que explicar el funcionamiento. Ellos no lo dicen, pero cuando un paciente o una familia llega con un problema, en el mismo día se resuelve la situación. Y no se resuelve diciendo: "Nene, dejá de tomar", o "Dejá de consumir". No. Me parece muy importante explicar que hay grupos, que hay distintas alternativas, porque no todo se resuelve internando a la persona. Cuanto menos internemos, cuanto más desinstitucionalicemos, mejor.

Como les decía, vengo del Hospital Vilardebó. Allí hay trescientas veinte camas, y en este momento algunas están sin ocupar; me decían que no lo repitiera, por las dudas. Esto no se dio nunca en la vida. ¿Y por qué sucede? Porque la red está funcionando. Se está tratando de que la gente que es atendida se vaya con un médico psiquiatra o un psicólogo de referencia y sepa que se le van a dar los medicamentos, y que va a ir al centro diurno que le corresponda según donde viva. Esas cosas están funcionando, si bien algunas tendrán que funcionar mejor.

Recién se crea la Red de Asistencia Integral Primaria RAIP que solo funcionaba para Montevideo y que ahora se extiende a nivel nacional. Es algo nuevo; ASSE tiene su red. Alguien decía un poco irónicamente que ASSE es como Manzanares, que tenía una sucursal en cada pueblo. Con ASSE pasa lo mismo; está en todos lados, más chico, más grande, más feo, más bueno. Sin duda, habrá que cambiar muchos centros de primer nivel de atención, pero en ese primer nivel hay que hacer la conexión con los equipos de salud que ya están, hay que coordinarlos. Estamos en plena ejecución de estas cosas.

Me parece muy importante que expliquen esa diferencia tan grande en los números. No es necesario internar. Dejemos de lado la idea de que el paciente psiquiátrico tiene que estar internado. El paciente psiquiátrico bien medicado puede y debe vivir en sociedad. Las personas que están en esta situación no son viejos de setenta años; no; es gente joven. Lo que sucede es que después que salen de la internación vuelven al mismo

asentamiento, donde el de al lado está consumiendo, y entonces vuelve a lo mismo. Si, en cambio, a través del MIDES, podemos conseguir un trabajo para esa persona, tendrá otras posibilidades.

Pido a los compañeros que expliquen lo relativo a los grupos, a la atención ambulatoria, a los centros diurnos, etcétera.

SEÑOR TRIACA.- Como se decía anteriormente, el Portal es muy grupalista; eso es así: es grupalista de entrada. Cuando nos reuníamos para elaborar el proyecto de funcionamiento del Portal la apertura de este centro fue muy manejado en la prensa, teníamos muchísimo temor y queríamos tratar de evitar las famosas listas de espera, bastante conocidas y padecidas en el sector público. Producto de esto y otra serie de conceptualizaciones, fue apareciendo la idea de armar recepciones grupales que hoy, a cuatro años de funcionamiento del Portal, podemos decir que realmente tienen un efecto fue muy interesante. Inclusive, yo tengo inserción en algún otro lugar del mutualismo, donde también se hace recepción grupal, y puedo decir que funcionan muy bien. Esto permite ver más personas en un mismo espacio de tiempo, pero lo más importante son los efectos que tienen estos dispositivos, que de alguna manera son de recepción, pero también son asistenciales de entrada.

Y de acuerdo con nuestro concepto, estos grupos son de familia y de usuarios. Nosotros promovemos a veces no lo logramos que venga el usuario, la familia o algún referente, es decir, un vecino, un educador, etcétera. Me refiero a alguien que pueda continuar esta modificación de la forma de vincularse en general. Quien se vincula mal con una sustancia, se vincula mal con la vida en general. No existe alguien que instalado en un proceso adictivo funcione bien en alguna área de su vida; tampoco hay nadie que instalado en un proceso adictivo sienta algo placentero con el consumo porque es puro sufrimiento. Esto hay que tenerlo muy en cuenta porque condiciona el abordaje y conlleva dificultades.

Nosotros tenemos la posibilidad de contar con seis grupos instalados y funcionando de lunes a viernes, durante la mañana y la tarde. Por ejemplo, si vinieran quince usuarios a cada uno de estos grupos, tendríamos la posibilidad de ver a ciento veinte chicos y chicas por semana. Si tenemos tres grupos de familiares, serían alrededor de cincuenta personas durante la semana. No tenemos lista de espera y contamos con cierta capacidad de absorción.

También aprovecho para decir que lo que llega al Portal no es todo; es lo menos. Hay que saltar muchas barreras para llegar al Portal y no me refiero solo a tener el dinero para el boleto; hay otro tipo de fronteras difíciles de vencer para llegar hasta el Portal. Esto implica todo un desafío y hay que tener en cuenta la realidad local para armar el mejor dispositivo, con los equipos adecuados.

Hemos formado grupos T, de transición, que luego de estos cuatro años, se han transformado en grupos terapéuticos; los gurises paran de consumir con estas modalidades. Además, hay veces en que los usuarios y familiares concurren a estos grupos fronterizos porque están entre afuera y adentro del Portal, como en el dintel de la puerta. Luego de que se transita por estos espacios grupales, hay una instancia clásica y más conocida que es la del comité de recepción. Se trata de algo más personal y se trabaja a través de entrevistas con un técnico. De esa manera

-junto con toda la información necesaria, puede decidirse cuál de los tres dispositivos del Portal es el más adecuado para continuar el tratamiento. Es un privilegio poder trabajar en un centro que cuenta con los tres dispositivos: el ambulatorio, el hospital de día y la internación.

Entonces, de la sumatoria de conocimientos y de la interrelación que se va gestando en este tránsito grupal primero y luego en el comité de admisión, se define groseramente la estrategia terapéutica. De acuerdo con una serie de parámetros o de evaluaciones técnicas se decide si el paciente va al ambulatorio, al centro diurno o al residencial. A su vez, dentro de cada uno de estos dispositivos hay una serie de abordajes terapéuticos y grupales, es decir, lo que nosotros llamamos T1 para los casos iniciales o T2 para los casos más avanzados. También están los abordajes farmacológicos, psicológicos o sociales cuando son necesarios; hay talleres de todo tipo, etcétera. Se trata de una serie de herramientas técnicas y no técnicas que terminan teniendo efecto terapéutico y que nos permiten conseguir buenos resultados muchas veces, a pesar de las tremendas dificultades de las personas.

SEÑOR BAYARDI.- Comparto plenamente el abordaje del licenciado Silva con respecto a este tema. Pero acá no vamos a discutir lo que compartimos o no; lo analizaremos después en la Comisión. Él habló de tres áreas para encarar: la del individuo, la de los guiones y la del escenario, para decirlo de alguna manera.

Estoy de acuerdo con el licenciado Silva porque expuso un punto importante para entender cómo funcionan las adicciones sin sustancia en los individuos. De alguna manera, uno ha podido conocer el efecto devastador con el tema de la ludopatía, por ejemplo; hablamos de una adicción sin sustancia. Esto es claro para el enfoque del mecanismo interno.

De todos modos, desde la experiencia de ASSE, sería importante saber cuáles son las necesidades prioritarias para el proceso de construcción de redes. Digo esto porque, obviamente, hay demanda. Esto es como aquello de atender la emergencia, la urgencia o la enfermedad. Hay que saber qué hacer con el joven que ve desbordado todo su entorno familiar o que ha sido impactado por el consumo en su esfera psicoactiva. Es evidente que en toda emergencia se necesita un nivel de contención.

Por otro lado, está el tratamiento de urgencia y que tiene que ver con la etapa subsiguiente, y después está el encare del conjunto de la situación.

Por consiguiente, sería bueno saber cuáles son las necesidades desde el punto de vista logístico y en cuanto a los recursos humanos ya ha habido cierta respuesta para encarar esta situación. Creo que hay que integrar el escenario es un aporte necesario, lo cual debería comunicarse a otras esferas del área de la Administración. Hay un área que tiene que ver con el sistema educativo, pero hay otra que me preocupa bastante, y es la que refiere a los contextos sociales en los que se desarrolla esta problemática; y voy a decir por qué. Porque hay programas en otras esferas de Gobierno que están tratando de atender el problema del escenario como, por ejemplo, el de la vivienda, particularmente, y el de algunos otros planes que se van a desarrollar. Yo creo que hay que romper el escenario del cual se proviene y no decorarlo o mejorarlo. Con esto quiero decir que si en determinado lugar había cuatro bloques y una chapa, ahora no se le puede poner algún bloque más, porque el escenario es el mismo, y es eso lo que está complicado. Lo que yo no quiero es que en lugar de haber ocho bocas de distribución en un asentamiento haya dieciséis en otro mejorado. Por lo tanto, creo que sería importante reflexionar sobre este aspecto, no solo por lo que se pueda aportar a esta Comisión, sino también en otras instancias institucionales.

Como dije, creo que hay que abordar esta temática desde el escenario para no concentrarnos solo en el drama de la madre desesperada que es drama; nadie soslaya que lo es sino ir a un encare mayor.

Entonces, para la Comisión seria importante saber por supuesto, las reflexiones realizadas por el doctor Triaca y el licenciado Silva han sido un gran aporte cuáles son las necesidades logísticas y de recursos humanos que hay que fortalecer, debido a que se van a dar instancias en las que se deberán tomar resoluciones dentro de la estrategia planteada. Si se logra sistematizar todo esto desde su perspectiva, creo que sería un aporte importante para la reflexión que la Comisión debe formular al final de su trabajo.

SEÑOR DE LEÓN.- Comparto el enfoque metodológico y el estado del arte en cuanto a la teoría biológica de neurotransmisores y circuitos neuronales, que son más estables a medida que pasa el tiempo. También estoy de acuerdo en que este tema no debe tener un enfoque reduccionista, que es multidisciplinario, territorial y comunitario y que es muy complejo. Pero ese no es el problema, sino que si actuamos según la dirección de esa teoría no vamos a colaborar demasiado; ¿estamos ofreciendo lo necesario a nivel territorial y comunitario a ese individuo que le genera un malestar a la sociedad, como así también a su circuito familiar, que recibe la influencia de esta sociedad? No debemos olvidar que a medida que esta sociedad va cambiando y se va transformando hay mayor consumo, lo que lleva a que se agrave el problema de las adicciones en general. En realidad, nosotros no pretendemos curar a los individuos que padecen adicciones, porque la medicina, por ejemplo, no cura a los diabéticos, a los hipertensos o a los que tienen enfermedades inmunitarias. Quizás podríamos definir a un hombre sano como aquel al que todavía no le encontramos una enfermedad, pero si miramos sus arterias, de pronto, podríamos decir que esta enfermo. Por lo tanto, el problema no es curar, sino hacerles un poco mejor la vida.

Quisiera comentar que fui médico de medicina interna y tuve que recibir a pacientes psiquiátricos. En ese entonces se derivaban a la Colonia Etchepare, y con esa política transformábamos a personas que tenían crisis agudas en pacientes cronificados, que hoy en día se manejan en forma ambulatoria; y los problemas de esos pacientes son resueltos en la sala general de un hospital, cuando eran rechazados por el personal de enfermería y otros médicos. Por lo tanto, no podemos quedarnos en desarrollar la teoría y dejar de ofrecer a ese ser humano y a su familia el control del daño; estas personas deben tener una oportunidad. Además, no olvidemos que las personas tienen sus procesos y sus tiempos; algunos consumen un tiempo y luego, como mejora su entorno o se produce un cambio en su vida, dejan de consumir. Por tanto, nosotros tenemos que ofrecer a la sociedad un lugar y un enfoque grupal para llevar adelante esta problemática. Esto puede apreciarse con Alcohólicos Anónimos, que es una organización que ha dado una respuesta mayor a quienes padecen este problema que la que ofrecimos los médicos y el sistema de salud. Pienso que Alcohólicos Anónimos fue mucho más efectivo que la medicina tradicional y, después de tantos años, lo sigue siendo.

Entonces, debemos preguntarnos qué estamos ofreciendo a nivel comunitario y quién es el responsable, por ejemplo, en el interior del país, que es mucho más territorial. Hablamos de establecer la red y de llevar a cabo coordinaciones con el MIDES, el Ministerio del Interior y con las otras instituciones, pero quién se encarga de eso. Establecer eso es muy importante porque, de lo contrario, solo hacemos un muy buen "speech". No olvidemos que el Ministerio de Salud Pública no empezó hoy y esta teoría no es de este Gobierno y no se estableció ahora. Todos sabemos lo que es el control del daño y cómo es el problema de las adicciones desde hace mucho tiempo.

Por lo tanto, creo que podemos hacer mucho más. Además, debemos decirle a la gente la verdad; hay que decirles que no los vamos a curar, que los vamos a mantener, a disminuir el daño y que debemos convivir con eso. Pienso que tenemos que transformar esta sociedad para que sea más amigable con el ser humano porque, como ustedes dijeron, si alguien vive en un asentamiento quizás lo anormal sea que no consuma drogas.

SEÑOR RADÍO.- Me llamó la atención el cambio de nombre. Ustedes hablaron de la Red de Asistencia Integral Primaria. Esa red ¿cubre todo Montevideo y el resto del país? Creo que hay un cambio conceptual, porque equiparar atención primaria con primer nivel de atención me parece algo complicado.

SEÑORA GONZÁLEZ.- En la nueva reestructura de ASSE, el Directorio que cuenta con cinco integrantes nombró un Gerente General. Además, hay una Gerencia Técnica y una Gerencia Administrativa. La Gerencia Técnica tiene su sustento en siete Direcciones. Una de ellas es la Dirección del primer nivel de atención, lo que era la RAP, la Red de Atención Primaria en Montevideo que se transformó, hace aproximadamente dos meses, en una Red de Atención Primaria nacional, que es en lo que estamos trabajando en este momento. Yo no estoy en esa Dirección, pero puedo decir que se está recorriendo todo el país para ir, inclusive, a ese pequeño pueblito al que va un médico una vez cada quince días o una vez por semana, o va por dos horas y siete horas a la mutualista, si es que tiene su representante ahí. Por lo tanto, se está ensamblando toda esa estructura. En esas situaciones en las que muchas veces no hay camas de internación y los pacientes tienen que ir a centros de salud o al nivel próximo, la red de los equipos de salud mental tienen que empezar a interactuar.

Entonces, una dirección es la Red de Atención Primaria Nacional; otra dirección es la de los hospitales de segundo nivel de Montevideo y de la zona metropolitana, que está haciendo el ensamble. La zona metropolitana ahora llega hasta Canelones y San José; es mucho más grande. Por otra parte, hay dos direcciones para el interior: una vinculada con los centros de referencia o potencialmente evolutivos y otra vinculada con los centros departamentales no evolutivos, digamos. También está nuestra dirección y la dirección especializada en la que están los centros de referencia nacional como los de oncología, trauma o reuma, así como una dirección de apoyo para la parte de insumos, de equipamiento y de todos esos nuevos elementos que están surgiendo, para lo que se necesita alguien que centralice la información y diga exactamente qué cantidad de tomógrafos necesitamos, por ejemplo.

Por eso digo que estamos en plena etapa de formación en cuanto a la red de primer nivel. Aprovecho para decirles que en el día de mañana se hace el segundo encuentro de todos los Directores regionales, de Montevideo y del interior del país. Se está tratando de ver con qué contamos, qué es lo que hay. Muchas veces tenemos recursos que desconocemos.

Los señores Diputados preguntaban sobre los recursos. En Artigas, por ejemplo, tenemos un psiquiatra que está de guardia los trescientos sesenta y cinco días del año, porque es el único psiquiatra de ASSE que hay. Allí también hay otro psiquiatra, que no trabaja para ASSE, y hace poco, nombraron a otra psiquiatra que va como apoyo. En algunos lugres, hay un psiquiatra que va cada tanto tiempo. Entonces, esa estructura es la que tenemos que ayudar. Debemos dejar a Montevideo como ombligo y pasar a trabajar en lo demás. En este momento, estamos trabajando en ello.

Los equipos de salud mental están constituidos por psiquiatra de adultos, psiquiatra infantil en algunos lugares, psicólogo, asistente social, enfermería y un administrativo. Por ejemplo, un paciente, ya sea por un problema de drogas o por otra alteración, no se va a su domicilio sin saber que el lunes, por ejemplo, a determinada hora, lo va a ver a Mengano. Me parece que eso es lo importante. ¿A qué va a ir ese paciente a su casa?

Además, hay otros elementos a tener en cuenta: el control y el seguimiento. O sea, se llama y se pregunta: "¿Fulanito fue o no fue?" "¿Fulanito se dio el Piportil o no?". Entonces, se hace control y seguimiento de los egresos; el Portal lo está haciendo, así como también el Hospital Vilardebó y en el interior del país se hace en algunos lugares mejor que en otros.

Con respecto a lo que se preguntó con relación al costo, el día de internación en el Hospital Vilardebó sale $ 2.000; estoy refiriendo solo a la cama. Cabe destacar que la tercera parte de los pacientes internados en el Hospital Vilardebó son de trámite judicial, o sea que no están veinte días, sino trescientos sesenta y cinco días. Ese es otro problema que tenemos: hay muchas camas trancadas. Como es sabido, muchos de estos pacientes adictos tienen pensiones de aproximadamente $ 4.000 y, lamentablemente, dan préstamos, a la familia misma, a veces, y les quedan solo $ 100 para poder vivir. El Hospital Vilardebó, a esos pacientes que pueden ser egresados pero que no tienen donde vivir, les paga la diferencia, esos $ 2.000 por mes, para que puedan estar desinstitucionalizados, concurriendo al centro diurno para controlarse y también pasar el día allí. En el centro diurno se les da desayuno, almuerzo y merienda y, además, se realizan actividades recreativas, de formación, de rehabilitación. En el Portal ocurre lo mismo. El Hospital Vilardebó les da esos $ 2.000 para que puedan desinstitucionalizarse.

En cuanto a los presupuestos, todas las Unidades Ejecutoras teníamos plazo para presentarlos. En lo que respecta a nuestra dirección, se presentó el proyecto en tiempo y forma. Estará en los señores Diputados que puedan hacer un presupuesto adecuado; ya no es nuestro problema. Nosotros ya presentamos nuestro presupuesto; están los proyectos relativos a adicciones, que son múltiples, como figura entre la información que les hemos dado.

En Canelones y Florida, por ejemplo, no hay salas de internación para enfermos psiquiátricos, por lo que se pide la formación de salas para una pequeña cantidad de gente hablamos de diez o quince camas, lo que figura en la planificación del Presupuesto Quinquenal. O sea, los números están, está todo proyectado; ahora ya no depende de nosotros.

Con respecto al marco legal, quedaré debiendo una respuesta al señor Diputado Orrico; no sé. Quizá tengamos que pensar mucho más.

Insisto que este no es un problema de ASSE, sino de todos. ¿Cómo salir? Es difícil, pero tenemos que salir; tenemos las armas. Estoy contenta porque la atención de salud mental, en la que está el Portal y demás, tiene una buena estructura y una buena base; se está atendiendo y se está tratando de llegar. Quizá no se llegue a algunos lados de la forma que uno quisiera, pero habrá que reforzar; tal vez debamos promover más gente que vaya al interior del país. El interior del país es un problema es un problemón, pero para eso estamos. La academia está formando gente. Ahora las residencias se hacen en todos los lugares; antes, se hacían exclusivamente en algunos lugares, pero ahora van al primer nivel, al segundo nivel. El practicantado de la Facultad de Psicología está concurriendo a todos los lugares. Esos son apoyos; estamos intentando llegar.

Creo que ASSE es la única, de las distintas organizaciones, que tiene un proyecto en marcha, que está marchando y no lo hace de ahora; hay que mejorarlo, pero es la única que lo tiene. A nivel de las instituciones privadas no hay nada al respecto. Todos los que hemos trabajado en instituciones privadas sabemos el problema que se genera cuando llega un adicto a la puerta lo sabemos, porque llega en la última etapa.

En cuanto al recurso "camas", en este momento estamos tratando de hacer convenios con distintos lugares. Como se dijo, está "Casa Abierta" que a partir de enero pasará a ser exclusivamente de ASSE y también hay otros proyectos en marcha. Por otro lado, está "El Jagüel", que ya es de ASSE e IZCALI, con cincuenta camas, hogar diurno e internación.

SEÑOR SILVA.- Las dos últimas intervenciones de los Diputados me hicieron reflexionar. Quizá, con la metáfora del teatro di lugar a un malentendido que quiero aclarar rápidamente.

A lo mejor introduje en este escenario una visión que ustedes puedan diagnosticar como de ambientalismo radical o de ambientalismo fatalista, lo que es aún peor. Pero mi intención es absolutamente la contraria.

Después de más de veinte años de trabajo clínico con familias de consumidores y con adictos, soy un optimista visceral. Inclusive, no me conforma para nada la estrategia de reducción de riesgos y daños, si bien pienso que es una herramienta maravillosa como fase en un proceso de rehabilitación. Creo que podemos ir mucho más allá, porque lo veo todos los días.

Como dije, con la metáfora del escenario tal vez di lugar al ambientalismo radical o fatalista. Sabemos que biológicamente todos somos hermanos. Los seis mil millones de seres humanos que poblamos este planeta, tenemos el mismo genoma; todos salimos de los homo sapiens que hace más o menos setenta mil años abandonaron África. Ahora bien, aterrizamos en este mundo y hay muchos mundos que están en este; hay escenarios que son muy complejos, atrapantes y estigmatizantes y siempre recuerdo lo que decía el gran filósofo judío Emmanuel Levinas, quien desarrolló una ética vincular muy interesante. Él planteaba algo así como que un ser productivo, un sujeto productivo, es aquel que es capaz de fabricarse otro destino que el suyo. O sea: estos escenarios, aún los más terribles, los más invivibles, no son una condena a cadena perpetua. El ser humano siempre puede volver sobre sí mismo y preguntarse: "Más allá de mis determinaciones históricas, más allá de lo que mi sociedad y mi contexto social hicieron de mí, ¿qué puedo hacer yo con eso que la sociedad hizo de mí?". Desde hace muchos años vemos gurises que logran, como decía el señor Diputado, romper escenarios y armar otros.

Para nosotros un escenario esencial hoy en día es el trabajo grupal. Esta es una herramienta de trabajo clínico fundamental, en la que hay que avanzar; debemos introducirla como un buen virus en el sistema de salud. En este sentido, tenemos que avanzar mucho en la capacitación de los recursos humanos, para que hagan diagnósticos y abordajes vinculares. No hay formación en los equipos y tenemos que avanzar muchísimo en este sentido.

Un señor Diputado mencionó el ejemplo precioso de los grupos de Alcohólicos Anónimos. Son ámbitos en los que las personas se superan a puro grupo y con el ancestral truco humano de magia mayor de compartir un sistema de creencias. Aclaro que no comparto un montón de premisas teóricas del dispositivo de Alcohólicos Anónimos; me parecen muy cuestionables. Pero el viejo truco de juntarse, de armar redes sociales, de compartir un sistema de creencias sobre las cuales se organiza buena parte de la cotidianeidad, es altamente psicoactivo. Además, hay estudios neurobiológicos que demuestran que actúan sobre las mismas rutas neuronales que actúa el alcohol. Por eso, miles de alcohólicos crónicos en todo el mundo se mantienen en abstinencia sin ninguna sustancia; lo hacen a puro grupo, a puro vínculo y a puro sistema de creencias.

Entonces, creo que desde la comunidad tenemos que profundizar mucho en lo relativo a los dispositivos grupales, porque son máquinas alternativas de vínculos sanos y, a su vez, son baratos y generan un montón de efectos sociales muy interesantes a nivel de salud pública.

SEÑOR DE LEÓN.- Entendí el planteo. También tiene que ver con la teoría biológica. El fenotipo es el genotipo más el ambiente.

Lo concreto es que se puede salir de estas situaciones. Hay gente que tiene ciclos en su vida; inclusive, algunas personas pueden salir sin la intervención de terapeutas. Así que no es fatalista.

La teoría de reducción del daño es general; a algunas personas es lo mínimo que se le puede ofrecer. Fue contraposicional a la gente que creía que se iba a curar, que creía que le iban a hacer un orificio en la cabecita y, por ahí, le iban a sacar al diablo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación de ASSE por su presencia y por los elementos vertidos. A lo mejor volvemos a llamarlos en otra instancia.

Se levanta la reunión.